

Sintomatología del trastorno de estrés postraumático en una muestra de mujeres víctimas de violencia sexual

Symptomatology of post-traumatic stress disorder in a sample of women victims of sexual violence

JF. Lozano Oyola¹
M. Gómez de Terreros
Guardiola²
I. Avilés Carvajal³
A. Sepúlveda García de
la Torre⁴

¹Licenciado en Psicología. Doctor por la Universidad de Sevilla. Profesor titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla.

²Licenciada en Psicología. Psicóloga clínica. Doctora por la Universidad de Sevilla. Profesora titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla.

³Licenciada en Psicología. Doctora por la Universidad de Sevilla. Asistente honoraria del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla.

⁴Licenciada en Medicina. Médica forense. Doctora por la Universidad de Sevilla. Instituto de Medicina Legal de Sevilla.

Correspondencia:
José Francisco Lozano Oyola
E-mail: flozano@us.es

Fecha de recepción:
20/FEBRERO/2018

Fecha de aceptación:
09/MARZO/2018

Resumen

El presente trabajo analiza la sintomatología del trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia sexual en función de la edad en que tuvo lugar dicha violencia y del tipo de violencia ejercida (puntual o reiterada). Se llevó a cabo un estudio observacional de cohorte retrospectivo, con una muestra de usuarias de la Asociación de Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales (AMUVI) que habían sufrido algún tipo de violencia sexual. Se las evaluó con una entrevista semiestructurada de elaboración propia y con la escala de gravedad de síntomas del trastorno por estrés postraumático. Los resultados indican que, si bien no existen diferencias significativas entre grupos, son las mujeres mayores de 20 años y víctimas de violencia puntual las que presentan un mayor número de síntomas, con algunas diferencias significativas en función de su frecuencia. Estos resultados invitan a continuar investigando este fenómeno.

Palabras clave: Violencia sexual. Mujeres. Trastorno de estrés postraumático. Sintomatología.

Abstract

The present study analyzes the symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in women victims of sexual violence based on the age at which the violence took place and the type of violence (punctual or repeated). An observational, retrospective cohort study was carried out with a sample of users of the Association of Women Victims of Sexual Assault (AMUVI) and victims of some type of sexual violence. They were evaluated with an own elaboration semi-structured interview of and with the Scale of severity of symptoms of Post-traumatic Stress Disorder. The results indicate that, although there are no significant differences between groups, women over 20 years of age and victims of point violence present a greater number of symptoms, and there are some significant differences depending on the frequency. These results invite us to continue investigating this phenomenon.

Key words: Sexual violence. Women. Posttraumatic Stress Disorder. Symptomatology.

Introducción

Según diversos autores, está claro que la violencia sexual es un gran estresor y un acontecimiento traumático que puede provocar trastorno de estrés postraumático (en adelante, TEP), entre otras consecuencias psicológicas. Concretamente, algunos autores señalan que la violación, junto con la existencia de un trauma ocurrido a un hijo o hija, son los estresores de mayor riesgo para desarrollar un TEP en las mujeres¹. Otros autores afirman que, si bien todas las formas de maltrato infantil se relacionan con el TEP, especialmente lo hace el de tipo sexual². De hecho, la violencia sexual es percibida habitualmente como una amenaza para la propia vida o integridad, por lo que cumpliría el criterio A de la DSM-IV-TR³ para el TEP. Asimismo, es frecuente que existan síntomas que son consecuencia de la victimización sexual, tales como la reexperimentación del trauma, la evitación de estímulos asociados con el suceso de violencia, una falta de respuesta general y un aumento de la activación (hiperactivación), lo que se relaciona directamente con los criterios B, C y D de la DSM-IV-TR para el TEP^{4,5}.

En varios estudios realizados por un equipo de investigadores^{6,7}, se ha comprobado que, de entre todos los tipos de síntomas, el principal en las agresiones sexuales es la reexperimentación. Otros autores señalan que la víctima suele revivir intensamente el suceso traumático, a veces también durante la actividad sexual con su pareja⁸.

El malestar, debido a las reexperimentaciones o a los sentimientos que recuerdan la agresión sexual, hace que la mujer pueda llevar a cabo conductas de evitación (como señalaron, ya en 1983, Kilpatrick y Veronen, citados en una publicación posterior⁹), reduciendo actividades que antes formaban parte de su vida diaria, especialmente las sociales y sexuales. En algunos casos, continúan con sus actividades sociales habituales, pero no las disfrutan como antes del suceso⁹. Otras autoras han indicado que la reiteración de los abusos sexuales como hecho crónico aumenta la sensación de indefensión¹⁰. En este sentido, los síntomas de evitación tras el trauma suelen encontrarse entre los mejores predictores de la aparición posterior de un TEP¹¹.

Por otra parte, los síntomas de hiperactivación son frecuentes también en mujeres víctimas de agresión sexual, en forma de un constante estado de alerta o lucha como el que pudo vivir durante el episodio de violencia^{1,5}.

Asimismo, son frecuentes otros síntomas, como las dificultades para dormir y el insomnio, a diferencia de lo que sucede en los abusos sexuales reiterados,

en los que es más frecuente sufrir pesadillas⁷. En un estudio realizado por Ellis en 1981 (recogido posteriormente⁹) con 27 mujeres agredidas sexualmente un año antes, se encontró que todas ellas presentaban pesadillas e insomnio habitualmente. Asimismo, otros autores señalan que la respuesta somática puede llegar a ser muy intensa ante estímulos *a priori* irrelevantes, por lo que se generaliza la sensación de miedo, lo que incapacita mucho a las mujeres¹². La ansiedad está muy presente en la vida cotidiana, así como los sobresaltos y, a veces, la irritabilidad¹³.

El TEP puede ser grave y duradero e incluso cronicarse, y se ha comprobado que se da tanto en las víctimas de violación recientes como en las que han sufrido la violación con anterioridad. Concretamente, las mujeres que habían sido víctimas de agresiones sexuales recientemente presentaban una tasa de prevalencia de TEP del 79,6%, frente al 61,1% en víctimas iguales no recientes^{14,15}. En un estudio estadounidense realizado por Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders y Best en 1993 (citado posteriormente¹) con 4.008 mujeres, se comprobó que el TEP no había remitido completamente una vez transcurridos los tres primeros meses en el 32% de las víctimas de violación y en el 31% de otras víctimas de abusos sexuales.

Algunos autores afirman^{5,7} que el TEP debido a agresión sexual se produce más frecuentemente en los tres meses siguientes a la violación, y se reduce casi a la mitad transcurrido este tiempo. Pese a ello, las víctimas no recientes de violencia sexual pueden seguir sufriendo los efectos del trastorno.

En mujeres adultas que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, también se han hallado múltiples síntomas del TEP^{16,17}, tales como recuerdos intrusivos, sensación de hipervigilancia, pensamientos aterradores y pesadillas¹⁸.

Como puede comprobarse tras esta breve revisión de algunos estudios, no hay un patrón único de respuesta a un hecho tan traumático como es la violencia sexual. Por ello, el objetivo de esta investigación es comparar la sintomatología del TEP en una muestra de mujeres abusadas sexualmente en función del momento en que se produjeron dichos abusos y del tipo de violencia recibida.

Material y métodos

Participantes

Las participantes fueron 61 mujeres de edades entre 16 y 35 años procedentes de Sevilla capital y provin-

cia, usuarias de los programas de la Asociación de Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales¹⁹ por haber sufrido violencia sexual en algún momento de su vida, ya fuera de forma puntual o reiterada. Todas ellas fueron informadas del objetivo de la investigación y firmaron el consentimiento para participar.

Los criterios de exclusión fueron el estar afectadas por enfermedades médicas, el uso o abuso de sustancias, el diagnóstico previo de trastornos psicológicos o la exposición a fenómenos estresantes (diferentes de la agresión sexual) en los tres años previos al momento de la evaluación.

Los criterios de inclusión fueron el hecho de haber sufrido violencia sexual (entendida como delitos de abuso o agresión sexual tipificados en el Código Penal español, 2012²⁰) en algún momento de su vida, que el tiempo transcurrido desde la última agresión sexual fuera superior a un mes, que su edad estuviera comprendida entre los 16 y 40 años, y que tuvieran suficiente capacidad para entender el objetivo de la investigación y participar libremente.

Inicialmente se seleccionaron 76 participantes, de las cuales se excluyeron 15 debido a dichos criterios de inclusión y exclusión. De las 61 mujeres, 17 habían sufrido la violencia sexual a los 20 años o antes de esa edad, y 44 por encima de los 20 años. Por otro lado, 30 de ellas habían sufrido violencia en una ocasión puntual y 31 de manera reiterada.

Materiales (instrumentos)

Entrevista semiestructurada de elaboración propia. A través de la entrevista se recabaron los datos sociodemográficos y los aspectos principales de la agresión, especialmente si la violencia sexual se había producido antes o después de los 20 años y si esta había sido de carácter puntual o reiterado, ya que estas dos cuestiones se consideraron las dos variables independientes de este trabajo. Por otra parte, se contrastó la información recogida en la entrevista con los expedientes psicológicos y jurídicos relativos a los casos.

Escala de gravedad de síntomas del trastorno por estrés postraumático²¹, elaborada en función de los criterios diagnósticos del DSM-IV²² y del DSM-IV-TR³. En este sentido, facilita el diagnóstico y cuantifica la gravedad del trastorno valorando la frecuencia e intensidad de los diversos síntomas evaluados. La escala tiene un formato de respuesta de tipo Likert de 0 a 3 puntos y consta de 17 ítems que se dividen de la siguiente manera en las diferentes subescalas, correspondientes a las variables dependientes del presente estudio:

- Reexperimentación (5 ítems): el rango de puntuaciones va de los 0 a los 15 puntos. El punto de corte sugerido es de 5 puntos.
- Evitación (7 ítems): el rango de puntuaciones va de los 0 a los 21 puntos. El punto de corte sugerido es de 6 puntos.
- Activación (5 ítems): el rango de puntuaciones va de los 0 a los 15 puntos. El punto de corte sugerido en este caso es de 4 puntos.

El rango es de 0 a 51 puntos en la escala global (unión de las tres subescalas) y el punto de corte propuesto para detectar la gravedad clínica de este trastorno es de 15 puntos en dicha escala. Los sujetos deben presentar al menos un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos de aumento de la activación, y es necesario puntuar al menos dos para ser considerado síntoma. La escala incluye además una subescala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad, que se compone de 13 ítems, con una escala de tipo Likert de la misma estructura; el rango de puntuaciones es de 0 a 39 puntos. La fiabilidad es adecuada, con un alfa de Cronbach de 0,92 y una fiabilidad test-retest de 0,89. La validez convergente es asimismo adecuada, con un nivel de 0,82.

Procedimiento

Una vez que la usuaria acudía a la asociación y era atendida por los profesionales de los servicios correspondientes, se le comunicaba el objetivo de la investigación y se solicitaba la firma del consentimiento informado. Después de obtenerlo, la psicóloga del centro o la médica forense comenzaban la evaluación con los instrumentos descritos. Por último, se revisaban y corroboraban los diferentes datos recogidos en los expedientes.

Diseño

Esta investigación es un estudio analítico observacional de cohorte retrospectivo, ya que la información se recogió a través de una entrevista en la que se realizaban preguntas del pasado de las participantes. Para facilitar la comparación en el análisis, se dividió la muestra en dos grupos, en función de dos variables: la edad (menor o igual de 20 años y mayor de 20 años) y el tipo de violencia sufrida (puntual o reiterada).

Análisis de datos

Para el estudio estadístico se usó el programa SPSS 23. Se llevó a cabo un análisis descriptivo y los

resultados de las variables cualitativas se mostraron mediante tablas de frecuencias y porcentajes. El análisis comparativo en función de los dos grupos para cada variable independiente (edad a la que se sufre la violencia y tipo de violencia sufrida) se realizó mediante tablas de contingencia y la prueba χ^2 (ji cuadrado).

Resultados

Sintomatología del trastorno de estrés postraumático en función del momento en el que se produjo la violencia sexual

Como se puede observar, en todas las subescalas y en ambos grupos de edad fueron mayoría las mujeres que alcanzaron o superaron el punto de corte a partir del cual se consideraba que tenían sintomatología de TEP (Figuras 1-4). Concretamente, el grupo de mayores de 20 años fue el que reunió porcentajes mayores en todas las subescalas. Con respecto a los síntomas de la escala global, el 94,40% de las mujeres mayores de 20 años alcanzaron o superaron el punto de corte, frente a un 81,40% de las de menos de 20 años (Figura 1). El análisis comparativo mostró que no existían diferencias significativas entre ambos grupos.

Datos similares se apreciaron en las tres subescalas de la prueba: el 88,9% de las mujeres mayores de 20 años superaron el punto de corte para los síntomas de reexperimentación, frente al 74,4% de las mujeres de 20 años o menos (Figura 2). Los porcentajes fueron del 72,2% frente al 69,8%, respectivamente, para los síntomas de evitación (Figura 3) y del 94,4% frente al 88,4%, para los de activación (Figura 4). El análisis comparativo no arrojó diferencias estadísticamente significativas. No obstante, calculando las distancias entre porcentajes, parece que las diferencias fueron más acusadas en los síntomas de activación y reexperimentación en función de la edad a la que se había sido victimizada, mientras que existió poca diferencia en los síntomas de evitación.

En cuanto a la sintomatología postraumática pormenorizada dentro de cada escala según los grupos de edad a la que la mujer fue víctima, se encontraron los datos expresados en la Tabla 1. El análisis comparativo no arrojó diferencias significativas, probablemente porque la mayoría de los síntomas se percibieron con frecuencias parecidas dentro de los dos grupos de edad, si bien existieron algunas distinciones. Dentro de los síntomas de reexperimentación, fueron los "recuerdos del trauma" (62,8 y 88,9% en menores

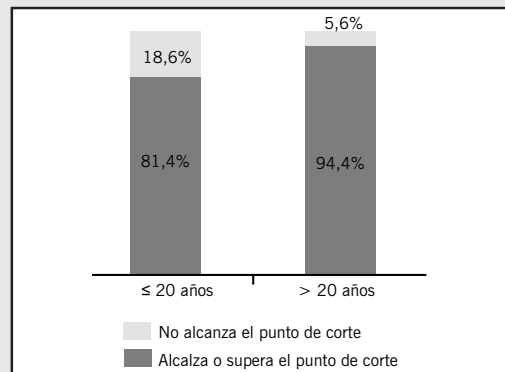


Figura 1.
Sintomatología de la escala global en función del momento de la violencia sexual. Porcentajes.

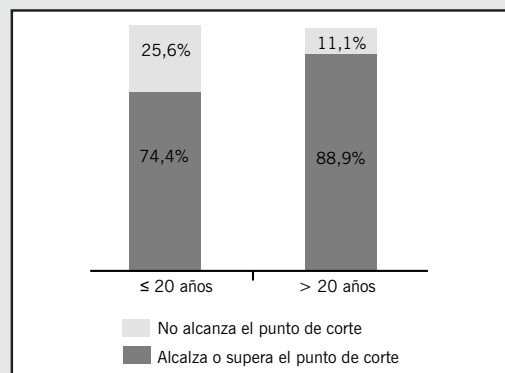


Figura 2.
Sintomatología de la escala de reexperimentación en función del momento de la violencia sexual. Porcentajes.

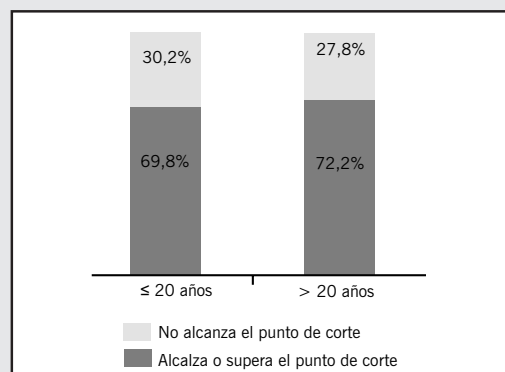


Figura 3.
Sintomatología de la escala de evitación en función del momento de la violencia sexual. Porcentajes.

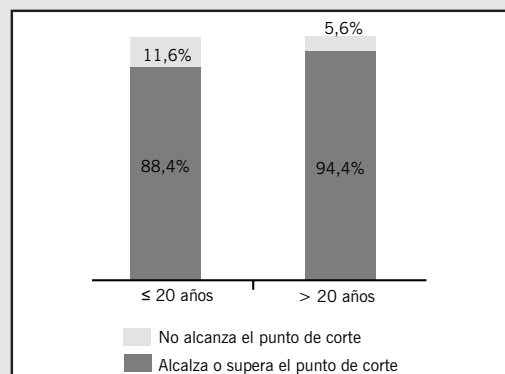


Figura 4.
Sintomatología de la escala de activación en función del momento de la violencia sexual. Porcentajes.

Tabla 1.
Síntomas de las diferentes subescalas del trastorno de estrés postraumático en función del momento en que se produce la violencia sexual. Porcentajes.

	≤20 años	>20 años
Síntomas de reexperimentación		
Recuerdos del trauma	62,8%	88,9%
Malestar psicológico	55,8%	66,6%
Reacción fisiológica	44,2%	72,2%
Sueños	32,6%	27,8%
Conductas	32,5%	50,0%
Síntomas de evitación		
Ahuyenta pensamientos	55,8%	72,2%
Evita las actividades	44,2%	83,3%
Disminución del interés	44,2%	38,9%
Extrañeza en las relaciones con los demás	55,8%	38,9%
Incapacidad afectiva	37,2%	27,8%
Planes de futuro negativos	34,9%	44,5%
Incapacidad para recordar el trauma	18,6%	16,7%
Síntomas de activación		
Pérdida de concentración	62,8%	72,2%
Ira	60,5%	50,0%
Alerta	53,5%	66,7%
Sobresalto	46,5%	77,8%
Insomnio	41,9%	50,0%
Síntomas de la escala complementaria		
Miedo a la locura	51,2%	38,9%
Miedo a morir	44,2%	22,2%
Sensación de irrealidad	41,9%	16,7%
Migraña	41,8%	27,8%
Náuseas y malestar abdominal	34,9%	16,7%
Temblores	30,3%	22,2%
Taquicardia	30,2%	44,5%
Disnea	27,9%	16,7%
Sofocos	25,6%	22,2%
Dolor de pecho	23,3%	16,7%
Sudoración	20,9%	22,2%
Parestesias	16,3%	5,6%
Mareos	32,6%	11,1%

y mayores, respectivamente) los que se presentaron con más frecuencia en ambos grupos, seguidos de la “reacción fisiológica” en el grupo de mayor edad (72,2%) y del “malestar psicológico” en las mujeres victimizadas a edad más temprana (55,8% de los casos). Por otra parte, en cuanto a la evitación, las mujeres que sufrieron violencia sexual más mayores indicaron que el síntoma más habitual era “evita las actividades”, seguido de “ahuyenta pensamientos”, mientras que sus iguales victimizadas con anterioridad señalaron por igual “ahuyenta pensamientos” y “extrañeza en las relaciones con las demás”. En la

subescala de activación, ambos grupos citaron con mayor frecuencia el síntoma “pérdida de concentración”, seguido de “ira” en el grupo de menor edad (60,5% de las evaluadas) y de “sobresalto” en las mujeres victimizadas más mayores (77,8% de las mujeres de ese grupo).

En cuanto a la escala complementaria, un porcentaje amplio (por encima del 40%) de las mujeres que sufrieron violencia a los 20 años o antes señalaron tener “miedo a la locura” (51,2%), “miedo a morir” (44,2%), “sensación de irrealidad” (41,9%) y “mi-

grafía" (41,8%). Esto no concuerda con lo observado en sus iguales victimizadas a partir de los 20 años, que indicaron la "taquicardia" como el síntoma más frecuente (44,5%), seguido por el "miedo a la locura" (38,9%) y, muy por detrás, el resto de los síntomas (Tabla 1).

Si bien no existieron diferencias significativas de manera global, cuando se profundizó en la sintomatología en función de la frecuencia, la aparición de los síntomas "recuerdos" y "evita actividades" en la categoría de frecuencia "mucho" fue significativamente más elevada en las mujeres agredidas después de los 20 años que en las agredidas antes de esa edad. Además, estas últimas "evitan actividades" en la categoría de frecuencia "poco" más que las primeras. Por otra parte, las mujeres que sufrieron la violencia con menos de 20 años señalaron el síntoma "náuseas y malestar abdominal" en la categoría de frecuencia "bastante" más que el otro grupo.

Sintomatología del TEP en función del tipo de violencia sexual

Respecto a la sintomatología según si el tipo de violencia sufrida había sido puntual o reiterada, no existieron diferencias significativas entre los grupos (como en los otros casos) y las distancias entre los porcentajes fueron menores que las existentes en función del momento en que se había sufrido la violencia (Figuras 5-8). No obstante, tanto en la escala global como en las demás subescalas, fueron mayores los porcentajes de las mujeres que superaron el punto de corte en el grupo de la violencia puntual. Parece que la diferencia mayor se percibe en la escala global: el 90% de las mujeres que habían sufrido violencia puntual alcanzaron el punto de corte para síntomas de TEP en general, frente al 80,6% de las mujeres que la habían sufrido reiteradamente (Figura 5). Por su parte, la menor distancia se halló en la subescala de reexperimentación (Figura 6).

En cuanto a la sintomatología de cada subescala según el tipo de violencia sufrida, el análisis comparativo no arrojó diferencias significativas entre grupos. De los síntomas de reexperimentación, tiene sentido que fueran los "recuerdos del trauma" (80% y 61,3% en las mujeres victimizadas de forma puntual y reiterada, respectivamente) los más frecuentes en ambos grupos, seguidos de la "reacción fisiológica" (66,7% y 51,6%, respectivamente). En cuanto a los síntomas de evitación, la mayoría de las mujeres que sufrieron violencia sexual puntual señalaron "ahuyenta pensamientos" y "disminución del interés" (48,9% en ambos casos). En la escala de activación, ambos grupos indicaron con mayor frecuencia el síntoma

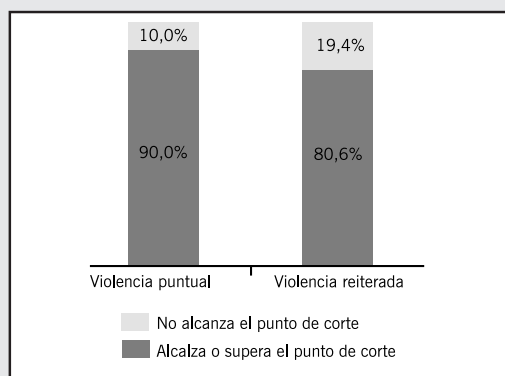


Figura 5. Sintomatología de la escala global en función del tipo de violencia sexual. Porcentajes.

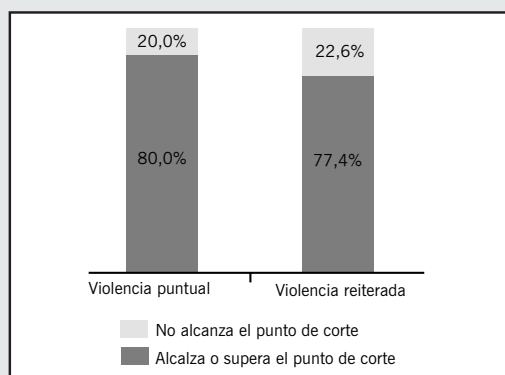


Figura 6. Sintomatología de la escala de reexperimentación en función del tipo de violencia sexual. Porcentajes.

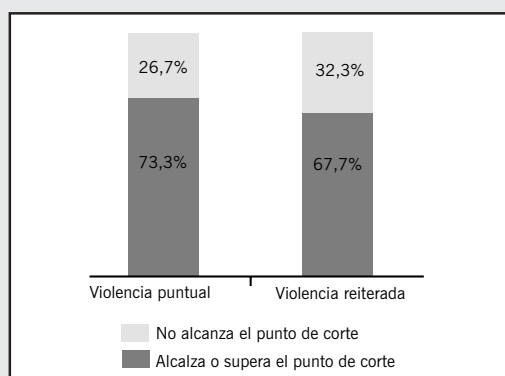


Figura 7. Sintomatología de la escala de evitación en función del tipo de violencia sexual. Porcentajes.

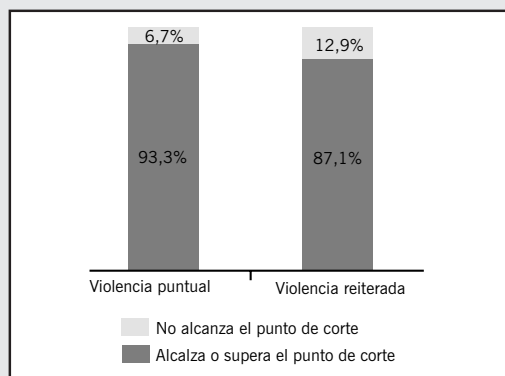


Figura 8. Sintomatología de la escala de activación en función del tipo de violencia sexual. Porcentajes.

Tabla 2.

Síntomas de las diferentes subescalas del trastorno de estrés postraumático en función del tipo de violencia sexual. Porcentajes.

	Violencia puntual	Violencia reiterada
Síntomas de reexperimentación		
Recuerdos del trauma	80,0%	61,3%
Malestar psicológico	66,7%	51,6%
Reacción fisiológica	60,0%	45,1%
Sueños	33,3%	29,0%
Conductas	40,0%	35,5%
Síntomas de evitación		
Ahuyenta pensamientos	73,3%	48,4%
Evita las actividades	66,7%	45,2%
Disminución del interés	36,6%	48,4%
Extrañeza en las relaciones con los demás	46,7%	54,9%
Incapacidad afectiva	33,3%	35,5%
Planes de futuro negativos	36,7%	38,7%
Incapacidad para recordar el trauma	20,0%	16,1%
Síntomas de activación		
Pérdida de concentración	70,0%	61,3%
Ira	57,0%	58,0%
Alerta	66,7%	48,4%
Sobresalto	66,7%	45,2%
Insomnio	53,4%	35,5%
Síntomas de la escala complementaria		
Miedo a la locura	43,4%	51,7%
Miedo a morir	40,0%	35,5%
Sensación de irrealidad	23,3%	45,2%
Migraña	37,0%	37,0%
Náuseas y malestar abdominal	20,0%	38,5%
Temblores	23,4%	32,2%
Taquicardia	40,0%	29,0%
Disnea	20,0%	29,1%
Sofocos	16,7%	32,3%
Dolor de pecho	21,0%	21,0%
Sudoración	21,0%	21,0%
Parestesias	13,0%	13,0%
Mareos	16,7%	35,5%

“pérdida de concentración”, seguido de “ira” en el grupo de violencia reiterada (58% de las evaluadas) y de “alerta” y “sobresalto” (66,67%) en el grupo de violencia puntual (Tabla 2).

En la escala complementaria, se aprecia que un porcentaje igual o superior al 40% de las mujeres que sufrieron violencia puntual reseñaron tener “miedo a la locura” (43,4%), “miedo a morir” (40%) y “taqui-

cardia” (40%). Por su parte, el 51,7% de las mujeres que habían sufrido violencia reiterada informaron de experimentar “miedo a la locura” y el 45,2%, “sensación de irrealidad”. Los demás porcentajes fueron menores (Tabla 2).

En cuanto a la frecuencia de la sintomatología, no existieron diferencias significativas en función del tipo de violencia sexual sufrida.

Discusión

Con base en los resultados, si bien no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos, se han hallado diferentes variables del TEP en esta muestra, como ya lo hicieron otros autores¹⁶ en investigaciones similares. Esto es así debido a que en todos los subgrupos de mujeres que han sufrido violencia sexual, el porcentaje de mujeres que alcanzan el punto de corte de sintomatología del TEP en las diversas subescalas es mucho más elevado que el porcentaje de las que no lo alcanzan. Esto indica que la presencia de síntomas del TEP es clara en este tipo de violencia.

En cuanto a la discusión de los síntomas más relevantes, se observa que en función de la edad se perciben ciertas diferencias en los subgrupos. Dentro de la categoría de reexperimentación, los “recuerdos del trauma” (en los que se incluyen imágenes, percepciones y pensamientos intrusos que provocan malestar) son los más frecuentes en todos los grupos (independientemente de la edad y el tipo de estresor), aunque el predominio es mayor en las mujeres que fueron victimizadas con más de 20 años que en las menores de esa edad. Este síntoma es característico del trastorno, considerado también patognomónico por otros autores⁸.

Estos resultados coinciden con los de otras investigaciones^{23,24} en la menor prevalencia en ambos grupos de los “sueños” (de tipo recurrente sobre el acontecimiento), si bien en el presente estudio muestran una frecuencia ligeramente mayor, sin llegar a ser significativa, en la violencia reiterada que en la puntual.

En la categoría de evitación, los esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que traen recuerdos del trauma (“evita las actividades”) presentan una mayor prevalencia en las mujeres victimizadas mayores de 20 años que en las menores de esta edad. Se entiende la lógica de este resultado, en relación con la mayor frecuencia en menores de la violencia reiterada, producida por conocidos y dentro de su entorno cotidiano, lo que impide a la víctima salir fuera del lugar donde sufre la agresión y evitar el lugar o a la persona que está abusando de ella.

Pasando a la categoría de activación, la “ira” es un síntoma prevalente en las mujeres victimizadas antes de los 20 años, en contraste con las mujeres agredidas después, en las que la prevalencia es más baja y se corresponde en mayor medida con los casos de violencia reiterada. La ira se relaciona con la frustración, el esfuerzo que supone mantener el secreto, la indefensión y la revelación retardada y

poco convincente de los abusos. Las personas en las que se muestra este síntoma suelen tener dificultades en la relación con los demás. En ocasiones se detecta en un discurso muy reivindicativo y cargado de reproches a su agresor o a la familia. A veces, incluso condiciona la sensación de falta de apoyo institucional, sobre todo cuando no se cumplen las expectativas de la víctima o sus familiares (por ejemplo, cuando el abusador queda en libertad o es absuelto). De hecho, a veces se centra la recuperación de la víctima en el castigo al abusador, como señalan investigaciones ya citadas²³ que, sin entrar en el justo castigo al delincuente, destacan que no puede reducirse a ello el bienestar o malestar de la víctima. La ira es un predictor negativo que debe conocerse bien para su correcto enfoque.

En las manifestaciones somáticas de la ansiedad incluidas en la escala complementaria, este estudio muestra una relación entre el síntoma “náuseas y malestar abdominal” y la edad, en tanto que se presenta con una mayor prevalencia en las mujeres que sufrieron violencia sexual con menos de 20 años. En los estudios sobre víctimas de abuso sexual infantil, aparecen habitualmente referencias a estos síntomas por parte de diversos autores²⁵. Otras investigaciones²⁶ también ponen de manifiesto que uno de los principales problemas que afectan a las funciones básicas a largo plazo de las víctimas de abuso sexual infantil, junto con los dolores físicos, son los problemas gastrointestinales sin causa que los justifique. Las náuseas o molestias abdominales, como manifestaciones somáticas de la ansiedad, muestran también una puntuación mayor en la violencia reiterada que en la puntual. Estos resultados resultan de interés para orientar los diagnósticos en los servicios médicos de atención a la infancia y la adolescencia.

En cuanto a los subgrupos del presente estudio, es difícil establecer conclusiones definitivas debido al tamaño de la muestra. En este caso, no se han encontrado diferencias significativas, lo que puede indicar que el suceso sea igual de traumático independientemente de la edad de la víctima y del tipo de violencia sufrida, o bien que estén influyendo otras variables, como las habilidades de afrontamiento. Sería útil para el futuro desarrollar un proyecto que estudie las habilidades de afrontamiento presentes en las víctimas y su relación con el TEP, como sugieren otros autores²⁷. En esta línea, algunas investigaciones señalan que dichos síntomas están presentes en todas las formas de maltrato y abuso infantil, si bien es el abuso sexual una de las variantes más graves y que presenta una mayor sintomatología con respecto a otros tipos de maltrato². Por otra parte, según otros

autores²⁸, los trastornos psiquiátricos en los niños se asocian más a abuso físico, no sexual, por lo que sería interesante realizar una investigación que compare ambos tipos de poblaciones.

En este sentido, esta investigación aporta nuevos interrogantes en los que se debería profundizar, de los que por el momento se pueden hacer solo hipótesis. El hecho de que las mujeres que han sufrido violencia sexual con una mayor edad presenten más síntomas (aunque estos resultados sean solo a nivel descriptivo, sin diferencias significativas con respecto al otro grupo) puede deberse a dos cuestiones. Por un lado, a que se trate de víctimas que hayan denunciado y buscado ayuda con menor distancia temporal desde la violencia, por lo que la sintomatología sea más fuerte al ser el hecho traumático más reciente, mientras que las menores han podido sufrir el abuso hace más tiempo. Por otro lado, en trabajos anteriores²⁹ se observó que eran las mujeres de menor edad las que frecuentemente eran víctimas de violencia reiterada, frente a las mayores, que usualmente sufrían más violencia de tipo puntual. Es bien sabido que la reiteración del abuso en menores (frente a una violencia más puntual en mayores) puede hacer que llegue un momento en que se normalice el abuso como una situación habitual y, como consecuencia, se presente una menor sintomatología²⁹. Esto es coherente a su vez con los datos de este estudio, que indican que las mujeres víctimas de violencia puntual presentan más síntomas que sus iguales víctimas de violencia reiterada.

Existen algunas limitaciones en el diseño de este trabajo que deben tenerse en cuenta. El tamaño de la muestra, y consecuentemente de los subgrupos, hace que las conclusiones deban interpretarse con prudencia. Asimismo, debido al objeto de estudio y a la naturaleza del problema, el muestreo no permitió una mayor aleatorización, pues las participantes se fueron seleccionando a medida que acudían a la asociación para solicitar los servicios.

No obstante, existen importantes fortalezas, como son el análisis de variables de gran importancia en una población de difícil acceso y el conocer las secuelas psicológicas de las mujeres víctimas de abuso. Comprender los síntomas más probablemente presentes en esta población permitirá planificar mejor su tratamiento y dotarlas de una atención individualizada de calidad.

Por todo ello, sería interesante replicar este estudio con una muestra mayor, obtenida mediante un estudio multicéntrico a nivel autonómico o nacional, que permitiera además valorar las diferencias en las secuelas y en la atención recibida por las mujeres víctimas de violencia sexual en función del contexto cultural y de las diferentes situaciones a las que se enfrentan. Asimismo, con la nueva versión del DSM, se podrían emplear nuevos instrumentos que recogieran los actuales criterios del TEP, y comparar la sintomatología con el estudio actual.

En cualquier caso, el presente trabajo aporta información de gran interés para abordar la violencia contra las mujeres y mejorar la prevención primaria y secundaria en nuestro país.

Conclusiones

Con base en los resultados de este estudio, son las mujeres que han sufrido violencia sexual de manera puntual y con mayor edad las que presentan más síntomas de TEP. Esto indica la necesidad de atención inmediata a las mujeres que denuncian haber sufrido violencia sexual, para poder paliar las consecuencias de este suceso y evitar así la revictimización de las mujeres.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Consenso español sobre evaluación y tratamiento del trastorno por estrés postraumático. Barcelona: Ars Médica; 2007.
2. Messman-Moore TL, Bhuptani PH. A Review of the Long-Term Impact of Child Maltreatment on Post-traumatic Stress Disorder and Its Comorbidities: An Emotion Dysregulation Perspective. *Clin Psychol Sci Prac.* 2017;24:154-69.
3. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4.ª ed. revisada. Madrid: Masson; 2002.
4. Delgado S. Estudio epidemiológico de la conducta de violación en Santa Cruz de Tenerife [tesis doctoral]. Granada: Universidad de La Laguna; 1996.
5. Echeburúa E, de Corral P, Zubizarreta I, Sarasúa B. *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña: Fundación Paia; 1995.
6. Echeburúa E, de Corral P, Amor PJ. Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. En: Echeburúa E, de Corral P, Amor PJ. *Agresiones Sexuales*. Madrid: Reprografía Doppel; 1999; pp. 116-141.
7. Echeburúa E, de Corral P, Amor PJ. *Agresiones Sexuales*. Madrid: Reprografía Doppel; 2003.
8. Soria MA, Hernández JA. *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Marcombo-Boixeau; 1994.
9. Delgado S. *Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Colex; 1994.
10. Sepúlveda A, Millán S, Sepúlveda P, Nevado C, Solís E. La violencia sexual, un problema cercano, una solución posible. Estudio comparativo de la violencia sexual en zonas rurales y urbanas: un enfoque para la prevención. Sevilla: Diputación de Sevilla; 2002.
11. Shin KM, Chang HY, Cho SM, Kim NH, Kim KA, Chung YK. Avoidance symptoms and delayed verbal memory are associated with post-traumatic stress symptoms in female victims of sexual violence. *J Affect Disor.* 2015; 184:145-8.
12. Calcedo A. Concepto de trastorno de estrés postraumático. En: Bobes J, Bousoño M, Calcedo A y González MP. *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona: Masson; 2000; pp. 1-14.
13. Moreno P. Guía de la ansiedad. *Superar la ansiedad y el miedo*. 2002. Disponible en: www.ansede.com.
14. Echeburúa E, de Corral P, Amor PJ. Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*. 2002;14:139-46.
15. Echeburúa E, de Corral P, Amor PJ. Nuevos enfoques terapéuticos en el trastorno por estrés postraumático en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*. 2004;15:273-92.
16. Durrant M, White C. *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa; 1993.
17. Eadie EM, Runtz, M, Spencer-Rodgers J. Posttraumatic Stress Symptoms as a Mediator between Sexual Assault and Adverse Health Outcomes in Undergraduate Women. *J Trauma Stress*. 2008;21:540-47.
18. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. Nueva York: Guilford; 2006.
19. AMUVI. *Memoria global de los programas de la asociación*. Sevilla: AMUVI; 2012. Disponible en: <http://www.amuvi.org/>.
20. Código Penal. Título VIII: Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. Madrid: Tecnos; 2012. Disponible en: <http://libros-revistas-derecho.vlex.es/source/comentarios-al-codigo-penal-4579/toc/03.08>.
21. Echeburúa E, de Corral P, Amor PJ, Zubizarreta I, Sarasúa B. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Anál. Modif. Conducta*. 1997;23:503-22.
22. American Psychiatric Association. *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4.ª ed. Madrid: Masson; 1994.
23. Alonso E. Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2007.
24. Rincón PP. Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2003.
25. Ramos Y, González JC, Ballesteros MC. Trastorno de estrés postraumático en la infancia y adolescencia. En: Bobes J, Bousoño M, Calcedo A, González MP. *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona: Masson; 2000; pp. 103-136.
26. Pereda N. Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Pap Psicol.* 2010;31:101-201.
27. Cantón D, Cortés MR. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*. 2015;2:552-61.
28. MacMillan HL, Tanakaa M, Dukua E, Vaillancourta T, Boyle MH. Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: Results from the Ontario Child Health Study. *Child Abuse Negl.* 2013;37:14-21.
29. Lozano JF, Gómez de Terreros M, Avilés I, Sepúlveda MA. Comparación de los perfiles victimológicos en una muestra de mujeres agredidas sexualmente antes o después de los 20 años de edad. *Cuad Med Forense*. 2016;22:30-39.